

# Newsletter

## Tabacologie pratique

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Edito .....	1
Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon.....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Edito

### Taxation et précarité

Un niveau élevé de taxation du tabac est considéré par les experts du Contrôle du Tabagisme comme la mesure la plus importante pour réduire la prévalence du tabagisme, ciblant principalement les ados, plus sensibles aux choix qu'ils doivent faire pour utiliser leur argent de poche.

Les fumeurs de longue durée et particulièrement les plus démunis sur le plan socio-économique, souvent affectés par une maladie liée au tabagisme appartiennent très souvent à ce qu'on appelle le groupe des fumeurs difficiles (*hardcore smokers*). Ils éprouvent des difficultés particulières à arrêter de fumer en raison d'une faible motivation à l'arrêt, d'une initiation précoce au tabagisme, d'un score de dépendance élevé, d'un faible niveau de confiance en soi, d'un certain pessimisme voire d'un état dépressif et très souvent d'une connaissance insuffisante sur les effets du tabagisme.



Avec la hausse du prix du tabac, les fumeurs « difficiles » utilisent de manière préférentielle le tabac à rouler. Ils ne réduisent pas leur consommation de cigarettes et se privent donc d'autres biens de consommation, en ce compris, parfois même des médicaments utilisés pour des pathologies chroniques.

Il est donc indispensable que l'augmentation des recettes induite par la hausse de taxation soit affectée en priorité à une aide renforcée et remboursée à l'arrêt du tabac pour ces populations défavorisées, au niveau du soutien cognitivo-comportemental, et par un accès facilité aux moyens pharmacologiques reconnus comme efficaces. Déjà la ligne Tabac Stop peut fournir gratuitement aux personnes sous statut OMNIO un traitement de substitution nicotinique.

### Colophon

Comité de rédaction : Prof. Pierre Bartsch, Prof. Laurence Galanti, Dr Pierre Nys, M. Jacques Dumont, M. Martial Bodo, Mme Caroline Rasson

Rédacteur en chef : Prof. P. Bartsch

Editeur responsable : Prof. Jean-Paul Van Vooren  
FARES, Rue de la Concorde, 56 -1050 Bruxelles

Mise en page : Samuel Piret

Publication : Bisannuelle (2 fois par an)

# Newsletter

## Tabacologie pratique



Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Edito (suite)

C'est une première étape positive mais largement insuffisante pour ces personnes défavorisées et lourdement dépendantes.

On sait que la majorité des personnes qui essaient d'arrêter de fumer font cet essai sans recourir à l'appui de leur médecin ou d'un tabacologue.

Une étude<sup>1</sup> publiée en mai 2014, du groupe de Robert West vient de démontrer que parmi ces fumeurs qui essaient d'arrêter sans aucune aide, le recours à une cigarette électronique mène à un taux d'arrêt double de celui observé avec le traitement de substitution nicotinique acheté « *over the counter* ».

Malheureusement les utilisateurs les plus nombreux de la cigarette électronique sont plus jeunes et d'un niveau socio-économique plus élevé que les autres fumeurs tentant d'arrêter sans aide.

Il convient toutefois de souligner qu'il est important de convaincre tous les fumeurs que les meilleurs résultats dans l'arrêt du tabagisme sont obtenus par le recours aux professionnels de santé utilisant les moyens validés par la médecine basée sur les preuves, et qu'il est périlleux pour la santé, de différer le moment de l'abstention définitive en recourant aux moyens du « *Do it yourself* »

**Prof. Pierre Bartsch**

Président du Comité Scientifique  
Interuniversitaire de Gestion du Tabagisme (CSIGT)

---

1. (Brown J et al. Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. *Addiction* 2014 doi ; 10.1111/add.12623.

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude

### Etude de l'influence du tabagisme sur le ph artériel ombilical à la naissance

#### Etude de l'influence du tabagisme, actif ou passif, sur le ph artériel ombilical à la naissance.

#### Introduction

Le tabac est un problème prépondérant de santé publique. En Belgique, les campagnes d'information ont permis de diminuer la consommation de tabac en période prénatale. Cependant, il apparaît qu'encore environ une femme sur cinq fume durant sa grossesse et d'autant plus lorsque ces femmes évoluent dans un environnement socio-économique défavorisé (FARES, 2010). Sur les 55.650 naissances enregistrées en 2011 par l'ONE en Wallonie et à Bruxelles, il ressort que 17,7% des femmes fumaient durant leur grossesse et 9% d'entre elles consommaient plus d'un paquet par jour (ONE, 2012).

Le tabagisme maternel durant la grossesse représente une inégalité de santé et d'espérance de vie importante au détriment de l'enfant à naître. Il reste la cause évitable la plus importante de complications de la grossesse (Lumley, 2009 ; FARES, 2010) : avortement spontané, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, mort subite du nourrisson plus fréquente, ... Au vu de toutes ces complications potentielles, nous avons voulu observer à travers cette recherche si l'oxygénation de l'enfant, que nous avons choisi d'évaluer par la mesure du pH artériel ombilical juste après la naissance, est influencée par le tabagisme maternel, qu'il soit actif ou passif. Bien qu'il existe énormément de littérature concernant le tabac et ses effets néfastes, nous n'avons trouvé aucune étude utilisant cette méthode précise. Un pH artériel normal équivaut à  $7.24 \pm 0.07$ . Un seuil de signalement d'une souffrance éventuelle correspond à un pH artériel inférieur à 7.15 et un seuil pathologique pouvant traduire des anomalies neurologiques à un pH artériel inférieur à 7.00 (Victory et al., 2004). Il faut savoir que l'acidose est généralement tolérée par le fœtus ; les séquelles n'apparaissent qu'à un stade très grave.

Comme indicateur du tabagisme, nous avons décidé de mesurer le taux de *monoxyde de carbone* (CO) qui est un gaz polluant lié à la combustion hautement toxique. Tout comme l'oxygène, le CO se fixe sur l'hémoglobine des globules rouges de avec une affinité 240 fois plus élevée que celle de l'oxygène formant ainsi la carboxyhémoglobine (HbCO) et entraînant une diminution de l'oxygénation des organes. Le CO ayant démontré une toxicité foetale, il est important de le mesurer chez les parturientes fumeuses afin de prédire une éventuelle hypoxie foetale mais aussi d'évaluer la dépendance à la nicotine : en effet, au plus ce taux est important, au plus l'imprégnation nicotinique risque d'être conséquente (FARES, 2008). Cette concentration de CO expiré représente, avec le dosage de la cotinine urinaire, un des moyens les plus fiables pour évaluer le tabagisme (Hatsukami et al., 2003). La mesure du CO expiré prend en compte non seulement le tabagisme actif mais aussi le tabagisme passif ; elle peut donc offrir une approche adéquate et fiable pour estimer l'exposition in utero au CO et le degré d'intoxication tabagique (Gomez et al., 2005).

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

La grossesse en soi est une excellente motivation pour arrêter de fumer mais elle est également associée à des difficultés métaboliques lors de l'arrêt du tabagisme du fait de l'accélération du métabolisme nicotinique (également responsable du retard de croissance intra-utérin par vasoconstriction) (Dempsey, Jacob & Benowitz, 2002). Une incitation en vue d'arrêter de fumer à ce moment pourrait encourager la maman, voire les parents, à stopper définitivement le tabac et ainsi prévenir les risques encourus par les enfants et les parents qui ne sont plus à démontrer (problèmes respiratoires et cardiaques, cancer du poumon, décès prématurés,...) (Hill, 2012 ; OMS, 2013).

Le tabagisme maternel entraîne tant des conséquences individuelles (pour la mère ou l'enfant) que collectives (coût financier de prises en charge longues et lourdes) (Delcroix M, 2011). Nous sommes certains, aujourd'hui, que les interventions mises en place afin d'aider les femmes à arrêter de fumer durant leur grossesse constituent une des actions de santé publique ayant un rapport coût-efficacité le plus élevé (Delcroix et al., 2012).

### Matériel et méthodes

#### Type d'étude

Cette étude a pour but de suivre de manière transversale deux groupes de parturientes et leur nouveau-né : un groupe exposé au tabagisme, actif ou passif, le groupe « cas », et un groupe non exposé au tabagisme, le groupe « contrôle ». Cette recherche consiste à évaluer, de manière quantitative, l'influence du tabagisme, actif ou passif, sur le pH artériel ombilical à la naissance, constituant le principal critère d'évaluation de l'acidose néonatale. Les critères d'évaluation secondaires sont les gaz sanguins à savoir la PCO<sub>2</sub>, la PO<sub>2</sub> et l'excès de bases. Enfin, des critères liés à la grossesse et au bien-être général du fœtus font également l'objet d'une comparaison entre les deux groupes.

#### Population d'étude

La population cible de notre étude est constituée par les femmes enceintes accouchant au Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège entre le 1er Novembre 2012 et le 31 Mars 2013. Les critères d'inclusion de l'étude sont les suivants : toute parturiente arrivant au bloc d'accouchement et ayant consenti à la participation à l'étude. Celles-ci ont dû lire, dater et signer un consentement éclairé. Les critères de non-inclusion de cette étude sont les suivants : la prématurité (âge gestationnel < 37 semaines) et les grossesses multiples. Afin d'assurer la représentativité de notre population cible, notre échantillon devait compter au minimum 183 parturientes.

#### Matériel

Le taux de CO expiré est obtenu à partir d'un appareil électronique au faible coût d'utilisation, permettant de chiffrer l'exposition au tabac de la future mère et donc, du fœtus (figure 1). La Citadelle, étant soutenue par le FARES dans son projet de « maternité et famille sans tabac », utilisait déjà ce matériel. Concernant l'appareil, après y avoir placé un embout en carton à usage unique, une fois allumé et stabilisé, il est demandé à la patiente d'inspirer, de retenir sa respiration puis de souffler lentement dans l'appareil ; le résultat s'affiche alors à l'écran (Galanti, 2009).

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

Le FARES définit certaines normes quant au taux de CO expiré : un taux entre 0 et 6 ppm indique une patiente non-fumeuse et une zone sans risque pour le fœtus ; entre 7 et 10 ppm, la patiente est considérée comme fumeuse passive ou petite fumeuse et au-delà de 10 ppm, comme fumeuse régulière ; un taux de CO expiré à partir de 7 ppm constitue une zone à risque pour le fœtus (FARES, n.d.).



Figure 1 : Utilisation de l'appareil électronique mesurant le taux de CO expiré maternel.\*

La mesure du pH artériel ombilical, exposée à la figure 2, se fait dans les 15 minutes après l'accouchement. Une fois le cordon sectionné, après y avoir placé deux pinces de Kocher à plus ou moins vingt centimètres d'écart, le sang d'une des deux artères est ponctionné à l'aide de la seringue à pH. Celle-ci est immédiatement transférée dans la machine à pH, située dans le couloir du bloc d'accouchement, qui délivre alors un rapport de mesures contenant les valeurs du pH mais aussi de l'excès de bases, de la pression partielle en oxygène, de celle en dioxyde de carbone et de la carboxyhémoglobine.



Figure 2 : Prélèvement, analyse et résultats du pH artériel ombilical.

### Paramètres étudiés

L'état d'un nouveau-né à la naissance peut évidemment être influencé par de nombreux éléments qu'il est indispensable d'identifier et de prendre en compte afin d'éliminer d'éventuels facteurs confondants comme, par exemple, les anomalies du rythme cardiaque fœtal, le mode d'accouchement, les anomalies de grossesse, le poids de naissance, les scores d'Apgar etc.

### Organisation de la collecte des données

Ces mesures ont été réalisées par les gynécologues, assistants en gynécologie et sages-femmes du CHR de la Citadelle de Liège. Tout au long de la période d'étude, les sages-femmes ou les assistants en gynécologie proposaient à toutes les parturientes arrivant au bloc d'accouchement de participer. Si celles-ci acceptaient, elles devaient lire, dater et signer le consentement.

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

En complétant le consentement, elles indiquaient également leur statut tabagique ainsi que celui de leur compagnon et le nombre de cigarettes consommées par elle-même. Une fois l'accord recueilli, la patiente soufflait dans le testeur de CO expiré. Si celle-ci était fumeuse, le délai par rapport à la dernière cigarette fumée lui était demandé. Après l'accouchement, le gynécologue ou assistant en gynécologie devait prélever le pH au niveau d'une artère ombilicale. La sage-femme responsable de la patiente notait alors ces informations sur la fiche récapitulative de l'accouchement nous étant destinée ainsi que tous les autres paramètres étudiés.

### *Traitement des données et méthodes d'analyse*

La base de données de ce mémoire compte donc 252 triades et est composée de 26 variables. Les analyses statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel Statistica 10. Les calculs ont été effectués sur le nombre maximum d'observations disponibles. Les résultats ont été considérés comme étant significatifs au niveau d'incertitude de 5% et donc lorsque la p-valeur était inférieure à 0,05.

### *Aspects réglementaires*

Un accord du comité d'éthique du CHR de la Citadelle de Liège a été obtenu avant le lancement de l'étude. Le formulaire d'information et de consentement de tous les couples ayant participé a été signé et daté par les patientes. Des informations personnelles (nom et prénom) des patientes étaient nécessaires en vue d'éventuelles recherches ultérieures. En effet, les patientes sortent du service deux heures après leur accouchement ; si nous remarquons d'éventuelles données manquantes, nous allions en rechercher certaines dans le dossier de la patiente. Ces données ont été utilisées dans l'unique cadre de l'étude et donc, n'ont été manipulées, exclusivement, que par l'équipe de recherche. Un numéro a été attribué à chaque fiche récapitulative afin d'assurer la confidentialité.

### *Résultats*

Nous avons pu recueillir 307 consentements desquels nous avons dû extraire 55 exemplaires : sept grossesses n'étaient pas à terme, deux étaient des grossesses multiples, un était une grossesse gémellaire prématurée et seules les données comprenant à la fois le résultat du CO expiré et celui du pH ont été encodées (la machine à pH étant régulièrement calibrée, la mesure du pH n'était pas toujours possible). Au vu de la charge de travail et parfois des situations, la participation à l'étude n'a pas toujours pu être proposée aux patientes ; les femmes marquant leur refus n'ont pas forcément rempli le « non-consentement ». Nous avons récolté trois refus : un d'une mère non-fumeuse sans statut du père, un d'une mère non-fumeuse avec un père fumeur et un sans information. Notre échantillon final est donc composé de 252 triades.

### *Statistiques descriptives*

Notre échantillon est composé de 66,3% de non-fumeuses, 12,3% d'ex-fumeuses et 21,4% de femmes fumeuses fumant en moyenne  $12,4 \pm 6,91$  cigarettes par jour. Le CO expiré des futures mères fut mesuré à  $4,14 \pm 4,44$  ppm en moyenne. En moyenne, le pH des enfants à la naissance était égal à  $7,30 \pm 0,06$  ; la pression partielle en CO<sub>2</sub> à  $51,1 \pm 9,72$  mm Hg ; la pression partielle en O<sub>2</sub> à  $17,6 \pm 7,41$  mm Hg ; l'excès de base à  $-2,39 \pm 3,01$  ; et la carboxyhémoglobine à  $3,28 \pm 6,36$ .

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda .....	32

## Etude (suite)

La médiane des scores d'Apgar des nouveaux-nés (/10) à 1 minute de vie s'élevait à 9,00 (9,00-9,00), à 5 minutes de vie à 10,0 (9,00-10,0) et à 10 minutes de vie à 10,0 (10,0-10,0). En moyenne, le poids des nouveaux-nés était de 3325,7 ± 459,5 grammes.

De plus, nous avons calculé que lorsque les femmes fument, les pères sont fumeurs dans 75,5 % des cas, non-fumeurs dans 20,8 % des cas et ex-fumeurs dans 3,77% des cas. Lorsqu'elles ne fument pas, il y a 24,7% de pères fumeurs, 67,9% de non-fumeurs et 7,41% d'ex-fumeurs. Enfin, lorsque ce sont d'anciennes fumeuses, 33,3% des pères sont fumeurs, 40,0% non-fumeurs et 26,7% ex-fumeurs.

### Association entre le pH artériel ombilical et le taux de CO expiré

Le coefficient de corrélation de Spearman entre le pH artériel ombilical à la naissance et le taux de CO expiré vaut -0,004 avec une p-valeur de 0,95 ; cela signifie qu'il n'existe pas de corrélation significative entre ces deux paramètres. Le nuage de points ainsi que la droite de régression sont présentés à la figure 3.

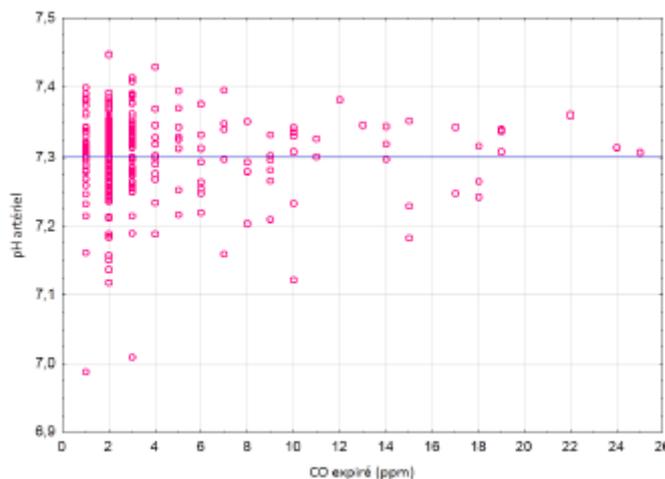


Figure 3 : Corrélation entre le taux de CO expiré maternel et le pH artériel ombilical à la naissance (n=252).

Nous avons réalisé un test U de Mann-Withney pour comparer les médianes de pH artériel ombilical chez les femmes présentant un taux de CO expiré inférieur au égal à 6 ppm et chez celles pour lesquelles il était supérieur à 6 ppm. La p-valeur ajustée était de

0,76. Etant donné que cette dernière valeur était supérieure à 0,05, il n'y a aucune différence entre les médianes de pH artériel ombilical au sein de ces deux groupes.

### Exploration des paramètres autour du taux de CO expiré

La table 1 présente les résultats des corrélations entre les différentes variables quantitatives issues de la recherche et le taux de CO expiré maternel. Plus le nombre de cigarettes fumées par la mère augmente, plus son taux de CO expiré est élevé : la corrélation est de 0,33 avec une p-valeur de 0,016.

Variable	N	r	p-valeur
Nombre de cigarettes (cig/j)	53	0,33	0,016
Délai (min)	45	-0,64	< 0,0001
PCO <sub>2</sub> (mm Hg)	251	0,05	0,47
PO <sub>2</sub> (mm Hg)	250	-0,07	0,29
BE (mmol/L)	245	-0,05	0,44
HbCO (%)	226	0,49	< 0,0001
Age gestationnel (sem)	250	-0,17	0,009
Apgar à 1 minute (/10)	249	-0,005	0,94
Apgar à 5 minutes (/10)	249	-0,04	0,53
Apgar à 10 minutes (/10)	233	-0,03	0,68
Poids du nouveau-né (g)	251	-0,17	0,007
Taille du nouveau-né (cm)	250	-0,08	0,20
Périmètre crânien du nouveau-né (cm)	251	-0,05	0,44

Table 1 : Résultats des tests de corrélation entre les variables quantitatives et le taux de CO expiré maternel.

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop 17	
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda .....	32

## Etude (suite)

La corrélation entre le taux de CO expiré et le délai par rapport à la dernière cigarette fumée est de  $-0,68$  ( $p < 0,0001$ ) ; cela signifie que plus le délai entre la dernière cigarette et la mesure de CO expiré est long, plus le taux de CO expiré va diminuer.

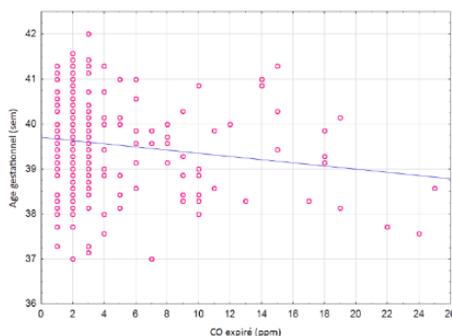


Figure 4 : Corrélation entre le taux de CO expiré et l'âge gestationnel.

Le pourcentage en carboxyhémoglobine augmente significativement ( $p < 0,0001$ ) au fur et à mesure que le taux de CO expiré maternel grimpe ( $r = 0,49$ ).

La figure 4 nous montre la corrélation significativement ( $p = 0,009$ ) négative ( $r = -0,17$ ) entre le taux de CO expiré et l'âge gestationnel : plus le taux de CO expiré est élevé et plus l'âge gestationnel diminue.

Les corrélations entre le taux de CO expiré et les Apgar à 1 ( $r = -0,005$  ;  $p = 0,94$ ), 5 ( $r = -0,04$  ;  $p = 0,53$ ) et 10 minutes ( $r = -0,03$  ;  $p = 0,68$ ) de vie ne sont pas significatives.

La figure 5 nous dévoile la corrélation entre le taux de CO expiré et le poids du nouveau-né qui est de  $-0,17$  ( $p = 0,007$ ) : le poids du bébé diminue donc de façon statistiquement significative au fur et à mesure que le taux de CO expiré augmente. Cette tendance s'observe également pour les deux autres paramètres physiques évalués à savoir la taille et le périmètre crânien du nouveau-né mais n'est significative pour aucun des deux.

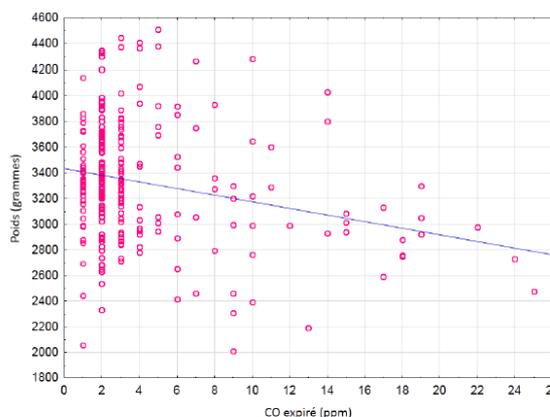


Figure 5 : Corrélation entre le taux de CO expiré et le poids du nouveau-né.

### Exploration des paramètres en fonction du statut tabagique des parents

Les taux de CO diffèrent significativement ( $p < 0,0001$ ) au sein des trois groupes créés ainsi que la PO<sub>2</sub> ( $p = 0,047$ ), la carboxyhémoglobine ( $p < 0,0001$ ) et l'âge gestationnel ( $p = 0,006$ ). La moyenne des poids des nouveaux-nés diffère significativement ( $< 0,0001$ ) au sein des trois groupes de « statut tabagique parental » : elle est de  $3308,4 \pm 455,7$  g chez les fumeuses, de  $3305,2 \pm 471,0$  g chez les femmes non-fumeuses ayant un compagnon fumeur et de  $3383,4 \pm 401,9$  g chez les parents non-fumeurs. En tenant compte de l'écart-type, les comparaisons deux à deux indiquent que le poids des nouveaux-nés des mères fumeuses est significativement ( $p = 0,0002$ ) plus bas que celui des couples non-fumeurs et que celui des couples dans lesquels seulement le père est fumeur ( $p = 0,009$ ). Les poids sont similaires entre les parents non-fumeurs et ceux où le père est fumeur ( $p = 0,49$ ).

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

### *Exploration des paramètres en fonction de la quantité de cigarettes fumées par la mère*

Nous avons observé une différence significative ( $p=0,026$ ) du pH artériel à la naissance entre les nouveaux-nés de femmes fumant de une à dix cigarettes et celles fumant plus de dix cigarettes ; la médiane est plus basse chez celles qui en fument plus de dix par jour (7,33 VS 7,30). La  $PCO_2$  des nouveaux-nés diffère également significativement ( $p=0,005$ ) au sein de ces deux groupes : la médiane est également plus élevée chez les femmes consommant plus de dix cigarettes (46,8 mm Hg VS 52,4 mm Hg). La  $PO_2$  ( $p=0,27$ ) et l'excès de base ( $p=0,35$ ) étaient comparables au sein des deux groupes. La carboxyhémoglobine est aussi plus élevée chez les enfants nés de mères fumant plus de dix cigarettes par jour (3,20%) par rapport aux mères qui en fument de une à dix (1,95%), et ce de façon significative ( $p=0,03$ ). Le taux de CO expiré paraît semblable dans les deux groupes ( $p=0,079$ ).

Les scores d'Apgar à une et à cinq minutes de vie sont également significativement ( $p=0,006$ ) différents entre ces deux groupes : ils semblent, dans les deux cas, plus élevés chez les mères fumant de une à dix cigarettes par jour. Il n'y avait pas de différence pour l'Apgar à 10 minutes ( $p=0,40$ ). L'âge gestationnel ne varie pas en fonction de la consommation de plus ou moins que dix cigarettes ( $p=0,22$ ). Le périmètre crânien du nouveau-né apparaît significativement ( $p=0,024$ ) plus petit (33,3cm) chez les femmes fumant plus de 10 cigarettes par jour en comparaison avec celles qui en fument de une à dix (34,5cm). Par contre, la taille ne diffère pas significativement entre les deux groupes ( $p=0,14$ ). Le poids moyen au sein du groupe de femmes fumant de une à dix cigarettes est de  $3202,1 \pm 560,8$  g tandis qu'il est de  $2958,4 \pm 512,9$  g au sein du groupe fumant plus de 10 cigarettes par jour ; cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p=0,09$ ).

### *Exploration du paramètre pH*

Afin de savoir quels sont les paramètres qui influencent réellement le pH artériel, nous avons procédé à une régression multiple avec comme variable dépendante, le pH artériel, et comme variables indépendantes, celles pour lesquelles la p-valeur était inférieure à 0,01 lors des tests univariés à savoir la  $PCO_2$ , la  $PO_2$ , l'excès de bases, les anomalies du rythme cardiaque foetal ainsi que les scores d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes de vie. Après cette analyse, nous avons observé que les variables pression partielle en  $CO_2$  ( $p<0,0001$ ), excès de base ( $p<0,0001$ ) et score d'Apgar à 10 minutes de vie ( $p=0,040$ ) étaient significativement associées à la variable pH artériel. Il existe une relation négative entre le pH artériel ombilical et la pression partielle en  $CO_2$ : le pH diminue si la  $PCO_2$  augmente. A l'inverse, les associations entre le pH artériel et l'excès de bases et celle avec l'Apgar à 10 minutes sont positives.

### **Discussion**

#### *Population*

Cette étude compte 252 triades. A partir de nos estimations, le nombre minimal de sujets nécessaires pour assurer la représentativité de notre population cible était de 183 triades. En tenant compte des paramètres exacts de notre étude pour ce calcul d'échantillonnage, ce nombre s'élève à 197 triades minimum.

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

Nous sommes donc toujours représentatifs de la population avec l'échantillon que nous avons étudié.

Le pourcentage de femmes fumeuses dans cet échantillon s'élève à 21,4 %, ce qui est plus élevé que la moyenne belge de 17,7% en 2011. Selon le rapport de la banque de données médico-sociales de l'ONE, c'est le Hainaut qui compte le plus de femmes enceintes fumeuses (22,1 %), devant la province du Luxembourg (20,3 %), celles de Namur (19,8 %), de Liège (19,4 %), le Brabant wallon (9 %) et Bruxelles (7 %) (ONE, 2012). Avec nos chiffres, nous passons juste derrière le Hainaut. Cela peut venir du fait que le pourcentage de parturientes fumant durant leur grossesse augmente réellement mais cela peut également être une simple variation due à l'échantillonnage. Une hypothèse serait que la Citadelle accueille une population plus défavorisée, d'un point de vue socio-économique, entraînant alors une surestimation du nombre de mères fumeuses. Au niveau européen, avec ces chiffres, nous approchons de très près la France qui, en 2004, était le pays ayant la plus grande proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes, c'est-à-dire 22% (Alexander, 2008 ; Delcroix, 2011).

### **Le taux de CO expiré : paramètre d'évaluation du tabagisme**

En mesurant le taux de CO expiré, nous mesurons l'imprégnation de l'organisme par la fumée de tabac ; celle-ci dépend du fumeur, du nombre de cigarettes et de la façon de fumer (Galanti, 2009 ; Delcroix, 2011). De fait, cette étude met en avant le fait que plus le nombre de cigarettes fumées par la mère augmente plus le taux de CO expiré sera élevé. Nous avons vu qu'un des inconvénients de la mesure de CO expiré, vu son temps de demi-vie relativement court, est qu'une valeur normale peut simplement signifier que la personne testée, fumeuse ou non, n'a pas été exposée pendant les dernières heures (Galanti, 2009). Cet inconvénient se vérifie dans cette étude : plus le délai entre la dernière cigarette et la mesure de CO expiré est long, plus le taux de CO expiré va diminuer et ce de façon hautement significative. La médiane du délai enregistré par rapport à la dernière cigarette était de 300 minutes, donc 5 heures, ce qui est un temps relativement correct. Cependant le délai maximal observé était de 1440 minutes soit 24 heures, de telles valeurs extrêmes pourraient éventuellement avoir une incidence sur les résultats. Il ne s'agit, dans cette étude, que d'une mesure unique et ponctuelle du CO expiré qui pourrait être faussée par ces variations. C'est pourquoi, il pourrait être intéressant d'avoir la possibilité de mesurer ce taux de CO à chaque consultation, tout au long de la grossesse, afin de tenter de se représenter au mieux l'exposition tabagique du nouveau-né.

### **Le tabagisme et le pH artériel ombilical**

Rappelons-le, la question principale de ce mémoire était de savoir si le tabagisme, mesuré par le taux de CO expiré maternel, pouvait influencer l'oxygénation d'un nouveau-né, évaluée par le pH artériel au cordon. Nous remarquons qu'il n'existe, dans cette étude, aucune relation significative entre ces deux paramètres et ce, même en fonction des statuts tabagiques des parents considérés simultanément. L'obtention d'un constat non significatif peut avoir deux origines : soit la puissance de l'étude n'était pas assez élevée, soit le résultat est réellement non significatif (Bouyer *et al.*, 2009).

Le critère principal de la puissance d'une étude est la taille de son échantillon : plus cette dernière est grande et plus puissante est la signification.

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

Or, comme nous l'avons vu plus haut, notre échantillon reste représentatif en fin d'étude. Cela pourrait expliquer la difficulté de trouver des articles sur le sujet. En effet, le biais de publication est bien connu dans le monde de l'épidémiologie : les études sans résultats ont beaucoup moins de chance d'être publiées que celles qui en ont.

Une seule différence significative au niveau des valeurs du pH artériel des enfants a été trouvée, à savoir selon que leur mère fumait de une à dix cigarettes ou plus de dix cigarettes. Cela dit, cette observation a ses limites étant donné que, dans cette étude, la médiane du pH s'élevait à 7,31 (7,27-7,34) ; les résultats se trouvent donc dans la norme ou au-dessus de celle-ci. Rappelons qu'un pH artériel normal équivaut à  $7.24 \pm 0.07$  et que le seuil de signalement d'une souffrance éventuelle correspond à un pH artériel inférieur à 7.15 (Victory *et al.*, 2004).

### *Le tabagisme et les gaz sanguins*

Il existe logiquement une corrélation statistiquement significative entre le pH artériel et les autres paramètres biologiques à savoir la PCO<sub>2</sub>, la PO<sub>2</sub> et l'excès de bases. En examinant la régression multiple, nous notons que ce sont principalement la PCO<sub>2</sub> et l'EB qui y sont associés. Ces résultats sont en accord avec la théorie étant donné que le pH artériel constitue un indicateur de l'asphyxie **intrapartale**. L'équilibre acido-basique du fœtus est étroitement dépendant des échanges gazeux transplacentaires (Kaufmann, 1975 ; Stark, Gibbs & Freedman, 1990). Il n'est donc pas étonnant qu'il n'y ait pas de résultat significatif pour ces paramètres lorsqu'ils sont placés en corrélation avec le taux de CO expiré ou comparés au sein des groupes de statuts tabagiques différents des parents. A contrario, il est pertinent, par rapport aux résultats obtenus avec le pH artériel, que la PCO<sub>2</sub> du nouveau-né soit significativement plus élevée chez les femmes consommant plus de dix cigarettes que chez celles qui en consomment entre une et dix par jour.

### *Le tabagisme et ses effets sur la grossesse*

Nous savons que la plus grande partie du CO absorbé se fixe dans les hématies ; cette affinité du CO pour l'hémoglobine est 400 à 450 fois supérieure à celle de l'oxygène chez le fœtus (Delcroix, 2011). A cause de la demi-vie du CO plus longue chez l'enfant, le taux de HbCO chez l'enfant est toujours plus élevé que celui chez sa future mère (FARES, 2008). Nous n'avons pas, dans notre recherche, mesuré ce paramètre chez les mères mais nous observons que, conformément à la théorie, le pourcentage en carboxyhémoglobine fœtale augmente significativement en fonction du taux de CO expiré maternel. Un haut taux de CO chez le fœtus indique une hypoxie fœtale responsable notamment du retard de croissance intra-utérin fréquent démontré chez les fumeuses (FARES, 2008 ; Delcroix M, 2011). Effectivement, concernant les poids des nouveau-nés, les résultats de notre recherche correspondent à ceux obtenus dans les autres études démontrant la diminution significative de ceux-ci au fur et à mesure que le taux de CO expiré maternel augmente. Le tabagisme aurait donc une influence sur le développement de l'enfant. La diminution du poids de naissance est dose-dépendante de la concentration du taux de CO mesurée à la naissance (Delcroix *et al.*, 2012). Par contre, il n'apparaît aucune différence de poids entre les enfants de femmes qui fument plus ou moins que 10 cigarettes ; or, en général, la réduction de poids est proportionnelle à la quantité de cigarettes consommées quotidiennement (Delcroix, 2011) ;

# Newsletter

## Tabacologie pratique



Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

et plus le taux de CO expiré est haut, plus la consommation de cigarettes est élevée (FARES, 2008) ; constat confirmé dans cette recherche. Peut-être cela est-il dû au fait qu'une femme qui réduit sa consommation tabagique durant la grossesse a tendance à fumer, inconsciemment, ses cigarettes avec plus d'intensité (compensation du manque de nicotine). Elle inhale ainsi plus profondément les toxiques contenus dans la fumée de tabac (FARES, 2008) ; ce qui expliquerait peut-être le fait que les taux de CO expiré soient comparables entre ces femmes, fumant plus ou moins que dix cigarettes par jour. La fréquence des RCIU chez les femmes fumeuses (11,3%) est également significativement plus élevée que chez celles issues de couples au sein desquels seul le père est fumeur (4,08%) ou encore chez des couples non-fumeurs (2,17%).

La corrélation entre le taux de CO expiré et les deux autres paramètres physiques évalués (taille et PC) n'est pas significative. Ils ne diffèrent pas non plus en fonction du statut tabagique des parents. Par contre, le périmètre crânien du nouveau-né apparaît significativement plus petit chez les femmes fumant plus de 10 cigarettes par jour en comparaison avec celles qui en fument de une à dix. In utero, 60 % de l'oxygène consommé pour la croissance sert directement au métabolisme du système nerveux central du fœtus. Normalement, en fin de grossesse, le poids du cerveau représente 10 % du poids total de l'enfant. Cette diminution significative du périmètre crânien montre une incidence directe sur le développement du cerveau (Delcroix *et al.*, 2012). Delcroix et Gomez avaient trouvé une diminution significative du périmètre crânien en fonction de taux croissants de CO expiré (Delcroix & Gomez, 2006). Il semblerait, dans notre étude, que ce soit à partir d'un certain « nombre de cigarettes fumées ».

Contrairement à ce qu'avaient trouvé Delcroix et Gomez (2006), les corrélations entre les taux de CO expiré et les Apgar à 1, 5 et 10 minutes de vie ne sont pas significatives. Par contre, chez les fumeuses, ils sont significativement plus bas à une et, surtout, à cinq minutes de vie chez les mères fumant plus de dix cigarettes par jour par rapport à celles en fumant de une à dix. Malgré ces constats, il faut quand même garder à l'esprit que la médiane de ces scores restent supérieure, dans les deux groupes, à 7/10. Nous pouvons appliquer la même remarque au travail de Delcroix et Gomez (2006) étant donné que les moyennes d'Apgar trouvées et différant significativement entre elles (9,7 VS 9,5 VS 9,4), étaient, dans ce cas, supérieures à 9/10.

Nous avons également remarqué que les taux de CO expiré étaient significativement plus élevés chez les femmes ayant accouché spontanément que chez celles chez lesquelles le travail a dû être induit ; ceci laisse présumer que moins de fumeuses atteignent le terme, celles-ci ne nécessitent donc pas un déclenchement du travail. Cet argument se confirme lorsque l'on constate qu'il existe une corrélation significativement négative entre le taux de CO expiré et l'âge gestationnel : plus le taux de CO expiré est élevé et plus l'âge gestationnel diminue. L'âge gestationnel auquel les femmes fumeuses accouchent est plus précoce que celui de celles de couples non-fumeurs. Il est bien connu que le tabagisme augmente le risque d'aboutir à des accouchements prématurés ; d'après l'ONE (2012), 9,4% des mères fumeuses donnent naissance à des prématurés. Cette tendance se remarque dans notre recherche alors que nous avons exclu les naissances prématurées.



Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

Nous savons aussi que la prématurité augmente le risque de présenter un pH plus bas ; raison pour laquelle nous avons décidé d'exclure cette partie de la population (Delcroix *et al.*, 2012). Nous pourrions supposer qu'au sein de cette dernière, les enfants prématurés nés de mères fumeuses, supportant moins bien le travail, présenteraient des pH plus acides que ceux nés de mères non-fumeuses. Une étude chez les prématurés pourrait s'avérer utile : il se peut que les enfants de mères fumeuses atteignant le terme soient plus résistants ou moins touchés par les effets du tabac.

### **Le pH artériel à la naissance, un bon indicateur de mal-être foetal ?**

Les corrélations entre le pH et les scores d'Apgar à 1 ( $r=0,26$ ), 5 ( $r=0,30$ ) et 10 minutes ( $r=0,28$ ) de vie sont positives et statistiquement significatives. Le résultat total de l'Apgar permet l'appréciation globale de l'état de santé du nouveau-né (Apgar V, 1953 ; Ancel *et al.*, 2004), il apparaît donc cohérent que le pH artériel ombilical dépende de ce score. Ainsi, plus le score d'Apgar est proche de 10 (meilleure condition de santé possible), moins le pH artériel sera acide et inversement. Ces résultats se trouvent en contradiction avec l'étude de Fields, Entman & Boehm (1983) qui avait révélé que lorsque le score d'Apgar était inférieur à 7, plus de la moitié des nouveaux-nés avaient une valeur de pH normale. Cela dit, rappelons-le, un pH artériel normal équivaut à  $7.24 \pm 0.07$  (Victory *et al.*, 2004). Dans la présente étude, la moyenne du pH s'élève à  $7,30 \pm 0,06$  ; les résultats se trouvent donc dans la norme ou au-dessus de celle-ci et sont donc à interpréter avec prudence.

Nous avons vu qu'un faible score d'Apgar, à lui seul, n'est pas un indicateur précis de l'hypoxie foetale. De fait, un score d'Apgar bas à 1 minute de vie n'est pas en corrélation avec le devenir de l'enfant (Stark *et al.*, 2006) mais le sujet semble assez controversé. Certaines recherches prétendent que le pH n'est pas le meilleur paramètre pour estimer l'exposition cumulée à l'hypoxie. En effet, il est une mesure « instantanée » contrairement à l'excès de bases qui fournit une mesure plus linéaire de l'accumulation des acides métaboliques (Armstrong & Stenson, 2007). D'autres auteurs ajoutent que l'excès de bases est fortement influencé par les anomalies du rythme cardiaque foetal. Une étude a, par exemple, démontré qu'une anomalie de la cardiocardiographie, un excès d'EB de l'artère ombilicale et un faible score d'Apgar à 5 minutes de vie étaient beaucoup plus fortement associés à une morbidité que tout autre facteur individuel (Portman, 1990). Nous avons, en effet, l'impression au terme de cette étude que le pH artériel, mesuré à la naissance, n'est pas toujours représentatif de l'état d'hypoxie (ou non) du nouveau-né. L'analyse de sang de cordon ombilical est supposée donner une image de l'équilibre acido-basique de l'enfant au moment de la naissance, lorsque la circulation ombilicale a été stoppée par le clampage du cordon. Cependant, cette valeur est influencée par la circulation in utero et elle peut varier de 0,2 unités au cours des premières minutes de vie. Le pH du sang de cordon ombilical est déterminé par la présence d'acides respiratoires et métaboliques. Il est important d'évaluer les deux composantes respiratoires et métaboliques de l'échantillon (Armstrong & Stenson, 2007).

\*EB =excès de base

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

### Conclusion

Au terme de cette recherche, nous ne pouvons pas conclure à une influence négative du tabagisme maternel, qu'il soit actif ou passif, sur le pH artériel ombilical ou sur les gaz sanguins artériels. Ceci laisse supposer que les foetus ayant une mère fumeuse, arrivant à terme semblent capables de subir le stress du travail et de l'accouchement sans atteinte supplémentaire. Dans nos résultats, la moyenne du pH artériel s'élève à  $7,30 \pm 0,06$  ; elle se trouve donc dans la norme qui équivaut à  $7.24 \pm 0.07$ , voire au-dessus de celle-ci. Certaines recherches prétendent que le pH n'est pas le meilleur paramètre pour estimer l'exposition cumulée à l'hypoxie et que l'excès de bases, associé à d'autres paramètres (RCF et Apgar), pourrait fournir une indication plus fiable de l'hypoxie foetale. Peut-être serait-il intéressant, au cours de futures investigations, de le mesurer après une ou deux heures de vie afin que l'influence de la circulation in utero soit estompée, ou encore de prendre en compte les autres paramètres envisagés simultanément pour évaluer le risque d'hypoxie.



Néanmoins, en accord avec la nombreuse littérature sur le sujet, nous pouvons quand même conclure et confirmer, au sein de notre population liégeoise, certains effets néfastes du tabagisme sur la grossesse et le nouveau-né : plus de retards de croissance intra-utérins et de petits poids de naissance, accouchementz à un âge gestationnel plus précoce, plus de césariennes en cours de travail et abaissement du score d'Apgar et du périmètre crânien (au-delà de dix cigarettes par jour pour les deux derniers paramètres). Ces résultats justifient les initiatives « Naitre et grandir sans tabac » développées dans les maternités.

### Références bibliographiques

Alexander, S Barros, H Blondel, B Bouvier-Colle, MH Buitendijk, S Cans, C Correia, S Gissler, M Macfarlane, A Mohangoo, A Novak-Antolic, Z Zeitlin, J Zhang, WH & Zimbeck, M 2008, 'European perinatal health report: data from 2004', EURO-PERISTAT Project, pp. 14-15 & 51-52, viewed 24 April 2013, <<http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>>.

Ancel, PY Bonnier, C Burguet, A Combiér, E Estournet-Mathiaud, B Gautheron, V Mahieu-Caputo, D Marret, S Molénat, F Plaisance, E Rozé, JC Triomphe, A Valeur-Masson, D Zupan-Simunek, V Beucher, A Cans, C & Bonnin, F 2004, 'Déficiences et handicaps d'origine périnatale : dépistage et prise en charge', INSERM, pp.96-97, viewed 29 March 2013, <<http://www.ladocumentationfrançaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000200/0000.pdf>>.

Apgar, V 1953, 'A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant', Current Researches in Anesthesia and Analgesia, pp. 260.

Armstrong, L & Stenson, BJ November 2007, 'Use of umbilical cord blood gas analysis in the assessment of the newborn', Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition, vol. 92, no. 6, pp. 430-434.

# Newsletter

## Tabacologie pratique



Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

Bouyer, J Hémon, D Cordier, S, Derriennic, F Stücker, I Stengel, B & Clavel, J 2009, 'Épidémiologie: principes et méthodes quantitatives', Edition TEC &DOC Lavoisier, pp. 318, 439-452.

Delcroix, M Mai 2011, La grossesse et le tabac, Editeur PUF, Collection « Que Sais-Je », numéro 3490, pp. 3-15, 21-70,98-123.

Delcroix, M & Gomez, C 2006, 'Grossesse et tabac : évaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone, résultats de 13 330 lors de l'accouchement', La revue sage-femme, no. 5, pp. 119-124.

Delcroix, M Gomez, C Dautzenbergc, B Marquis, P & Dognine, C April 2012, 'Grossesse et tabac : les leçons de trois études pour améliorer les pratiques professionnelles', La Revue Sage-Femme, vol. 11, no. 2, pp. 81-86.

Dempsey, D Jacob, P & Benowitz, NL May 2002, 'Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers', the Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, vol. 301, no. 2, pp. 594-598.

FARES - Service Prévention Tabac, Service Public fédéral - Santé Publique, INAMI, ONE, Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique ASBL, Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française – ASBL & Société Scientifique de Médecine générale, septembre 2010, 'Tabagisme prénatal : Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens', édition Fares asbl.

FARES, 2008, 'grossesse et tabac : « le monoxyde de carbone »', Service Prévention Tabac, Service Public fédéral - Santé Publique.

Fields, LM Entman, SS & Boehm, FH December 1983, 'Correlation of the one-minute Apgar score and the pH value of umbilical arterial blood', Southern Medical Journal, vol. 76, no. 12, pp. 1477-1479.

Galanti L, UCL-FARES, 2009, 'mesure du CO', Les marqueurs biologiques de l'exposition à la fumée de tabac : méthodologie et intérêt, Service Prévention Tabac, Service Public fédéral - Santé Publique, viewed 28 January 2013, <<http://www.fares.be/content/view/159/41/>>.

Gomez, C Berlin, Y Marquis, P & Delcroix, M 2005, 'Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5ppm is associated with decreased fetal growth', Preventive Medicine, vol. 40, pp. 10-15.

Hatsukami, DK Hecht, SS Hennrikus, DJ Joseph, AM & Pentel, PR 2003, 'Biomarkers of tobacco exposure or harm: application to clinical and epidemiological studies', Oxford Journals, Medicine, Nicotine & Tobacco Research, vol. 5, pp. 387 – 96.

Hill, C Mars 2012, 'Épidémiologie du tabagisme', La Revue du Praticien - Monographie, vol. 62, no. 3, 2012, pp. 325-329.



# Newsletter

## Tabacologie pratique



Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Etude (suite)

Kaufmann, E 1975, 'Has the pH meter replaced the Apgar score?', Journal of Gynecology, Obstetrics and Biology of Reproduction, vol. 4, no. 7, pp. 975-987.

Lumley, J Chamberlain, C Dowswell, T Oliver, S Oakley, L & Watson, L July 2009, 'Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review)', Cochrane Database System Review, vol. 8, no. 3 : CD001055.

Office de la naissance et de l'enfance, 10 décembre 2012, 'Une femme enceinte sur cinq fume', SudInfo et L'Avenir, viewed 31 January 2013, <<http://www.naitreetgrandirsanstabac.be/?p=470>>

Okusanya, BO July 2010, 'Cardiotocographie prénatale pour l'évaluation foetale: Commentaire de la BSG', Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS, Genève : Organisation mondiale de la Santé, viewed 02 February 2013, <[http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/antenatal\\_care/general/cd007863\\_okusanyabo\\_com/fr/index.html](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd007863_okusanyabo_com/fr/index.html)>.

Organisation Mondiale de la Santé, Mai 2013, 'Tabagisme', Aide-mémoire N°339, viewed 15 May 2013, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>>.

Portman, RJ Carter, BS Gaylord, MS Murphy, MG Thieme, RE & Merenstein, GB January 1990, 'Predicting neonatal morbidity after perinatal asphyxia: a scoring system', American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 162, no. 1, pp. 174-182.

Stark, AR Adamkin, DH Batton, DG Bell, EF Bhutani, VK Denson, SE Engle, WA Martin, GI & Blackmon, RL, April 2006, 'The Apgar score', Pediatrics, vol. 117, no. 4, pp. 1444 – 1447, viewed 24 April 2013, <<http://pediatrics.aappublications.org/content/117/4/1444.full#xref-fn-1-1>>.

Stark, CF Gibbs, RS & Freedman, WL September 1990, 'Comparison of umbilical artery pH and 5-minute Apgar score in the low-birth-weight and very-low-birth-weight infant', American Journal Obstetrics and Gynecology, vol. 163, no. 3, pp. 818-823.

Victory, R Penava, D Da Silva, O Natale, R & Richardson, B 2004, 'Umbilical cord pH and base excess values in relation to adverse outcome events for infants delivering at term', American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 191, no. 6, pp. 2021–2028.

**J. Slomian, MC. Servais, E. De Gottal, V. Masson.**

Université de Liège



# Newsletter

## Tabacologie pratique

Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Echos de Tabacstop

Deux nouveaux onglets à découvrir sur [www.tabacstop.be](http://www.tabacstop.be)



0800 111 00  
Arrêter de fumer.  
C'est possible!



NL FR

INFO POUR PROFESSIONNELS >

ENTOURAGE FUMEUR >

rechercher >

INFO POUR PROFESSIONNELS >

ENTOURAGE FUMEUR >

L'onglet « info pour professionnels » vous permettra de lire nos rapports d'activité 2013.



#### Statistiques annuelles et résultats

Chaque année, un rapport d'activité complet est réalisé concernant nos différents services. De plus, nous évaluons les suivis individuels par téléphone et le programme de remboursement pour les substituts nicotiniques.

En voici quelques chiffres :

#### Nombre de contacts téléphoniques :

Pour rappel, Tabacstop propose une permanence téléphonique tous les jours de la semaine entre 15 h et 19 h au numéro gratuit 0800/11100.

En plus des permanences, depuis le 1/05/2007, Tabacstop propose un accompagnement plus personnalisé gratuit, appelé accompagnement proactif. Les personnes qui souhaitent arrêter de fumer s'inscrivent et un coach tabacologue de l'équipe leur est attribué. Dans ce cas, c'est le tabacologue qui appelle les personnes (rendez-vous convenus à l'avance). Environ 8 entretiens téléphoniques sont prévus sur une durée de plus ou moins 2 à 3 mois.

En 2013, le total des contacts téléphoniques (permanence et coaching réunis) était de **17 507**.

#### Taux de réussite du projet proactif :

En ce qui concerne le projet proactif, des statistiques sont calculées au niveau des taux de réussite à l'arrêt : à la fin de l'accompagnement et aux rappels 6 mois et 12 mois après la date d'arrêt, ou après la date de fin de suivi s'il n'y a pas eu d'arrêt.

(Les chiffres proposés ci-dessous vont du 1/5/2007 au 31/12/2013).

A la fin de l'accompagnement : 45 % de réussite à l'arrêt

Au rappel de 6 mois : 27 % maintien de l'arrêt

Au rappel de 12 mois : 23 % maintien de l'arrêt

Ces chiffres sont supérieurs si on prend en considération le fait d'avoir pris une médication (champix, substituts de nicotine) et/ou d'avoir eu au moins 6 entretiens.

# Newsletter

## Tabacologie pratique



Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Echos de Tabacstop (suite)

### Nombre d'inscriptions pour l'aide financière :

Dans le cadre de l'accompagnement proactif, Tabacstop propose 6 semaines d'aide financière pour l'achat des substituts de nicotine. Cette aide est accessible une fois tous les 2 ans aux personnes ayant le statut BIM et accompagnées dans le cadre du projet proactif.

Entre le 01/06/2010 (début du projet) et le 31/12/2013, il y a eu 321 inscriptions pour l'obtention de cette aide financière. Il s'agit en général d'un public très précarisé avec souvent des difficultés psychiques associées à la consommation de tabac.

**L'onglet « info pour professionnels » vous propose le formulaire d'inscription dans le cadre de notre nouveau projet post-hospitalisation.**



### De quoi s'agit-il ?

Lorsqu'un fumeur est hospitalisé, l'équipe médicale lui conseille d'arrêter de fumer. Et cela rencontre très souvent le souhait du fumeur lui-même. Mais cela n'est pas toujours facile à mettre en place et, par ailleurs, le retour au domicile est bien souvent l'occasion d'une rechute. Tabacstop propose d'orienter les patients fumeurs vers son service d'accompagnement téléphonique personnalisé, gratuit et très accessible. Ceci pourrait se faire pendant la période de l'hospitalisation (au cas où l'hôpital n'a ni CAF ni tabacologue) ou quand ils quittent l'hôpital (pour continuer un accompagnement mis en place par ce CAF ou par un tabacologue). Depuis le mois d'avril 2014, le formulaire d'inscription est disponible sur le site : <http://www.tabacstop.be/hopitaux>



# Newsletter

## Tabacologie pratique



Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Echos de Tabacstop (suite)

**L'onglet « entourage fumeur », vous permet de découvrir un espace réservé à l'entourage du fumeur.**

Les 4 chapitres suivants sont proposés en fonction des différentes situations de vie. Pour en savoir plus, il suffit de cliquer sur les titres ci-dessous. Pour chaque situation, des conseils sont proposés à l'entourage pour améliorer le bien-être du fumeur mais aussi de son entourage.

### Conseils pour l'entourage du fumeur



#### **Vous aimeriez convaincre quelqu'un d'arrêter de fumer**

Ce souhait est tout à fait compréhensible.



#### **Quelqu'un de votre entourage a arrêté**

Lorsqu'une personne arrête de fumer, ce n'est pas toujours facile pour son entourage. Son humeur peut être momentanément difficile à supporter.



#### **Vous arrêtez ensemble**

• Arrêter ensemble est très encourageant et **favorise la réussite.**



#### **Vous fumez et quelqu'un de votre entourage essaie d'arrêter**

• Soyez sympa : **allez fumer dehors**, loin de celui qui tente d'arrêter. Vous voir fumer risque très fort de réveiller son envie.



**Mme Régine COLOT**  
Psychologue-tabacologue  
Fondation contre le Cancer

# Newsletter

## Tabacologie pratique



Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Journée mondiale sans tabac

**Les cigarettes et le tabac à rouler « à bas prix » nuisent à la santé publique.**

**Quatre raisons d'accroître sensiblement l'impôt sur le tabac.**

**Ce 31 mai, le thème de la Journée Mondiale Sans Tabac porte sur la taxation des produits du tabac.**

En Belgique, en 2013, le chiffre d'affaires du tabac à rouler a atteint un **niveau record des ventes**. Dans notre pays, une cigarette roulée revient jusqu'à quatre fois moins cher qu'une cigarette ordinaire. En conséquence au cours de ces dernières années, les fumeurs, y inclus les jeunes fumeurs, sont le plus souvent passés au tabac à rouler. Ainsi, en 2013, on recensait 850.000 fumeurs de tabac à rouler contre 500.000 en 2012. Pourtant, le tabac à rouler est également très dangereux pour la santé même s'il est bien moins réglementé que les cigarettes manufacturées.

**A l'occasion de ce 31 mai, les organismes suivants :**

*Le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque, la Mutualité chrétienne, les Mutualités Neutres, la Prévention des Allergies, la Société Belge de Pneumologie, la Société de Médecine Dentaire, Solidaris - Mutualité Socialiste, Test Achats, l'Union Nationale des Mutualités Libérales, l'Union Nationale des Mutualités Libres et les membres de la Coalition Nationale contre le tabac : L'Association Pharmaceutique Belge (APB), la Fondation contre le Cancer (FCC) / Stichting tegen Kanker (STK), le Fonds des Affections Respiratoires (FARES), la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), het Vlaamse Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGez), de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK), de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding vzw (VRGT), l'Observatoire de Santé du Hainaut (OSH), le Service d'Etude et de Prévention du tabagisme (SEPT) asbl, l'Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL) et la ligue cardiologique belge*

**demandent au gouvernement belge de prendre 3 mesures de santé publique dans sa lutte contre le tabagisme actif et passif:**

1. L'augmentation des accises spécifiques sur les cigarettes et le tabac à rouler, à savoir :

✓ **En 2014**

- Une augmentation du prix du tabac à rouler à raison d'un euro en une fois
- Une augmentation du prix des cigarettes à raison de 50 euro cents en une fois

✓ **Au cours de la prochaine législature**

- Doubler le prix du tabac à rouler,
- Une augmentation du prix des cigarettes de 50%.

Il est très important que l'augmentation des prix soit réalisée en une seule fois et non par palier. Par ailleurs, continuer à étendre l'augmentation sur plusieurs années ancre l'effet plus fortement.

2. Dès le début 2015, sur les emballages du tabac à rouler, la présence obligatoire d'illustrations accompagnant les avertissements sanitaires et la mention **Tabacstop**.



### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Journée mondiale (suite)

3. Une partie des recettes liées à l'augmentation des accises devrait être consacrée à une aide au sevrage gratuite pour les populations de fumeurs les plus vulnérables.

### Il y a quatre bonnes raisons pour accroître sensiblement les accises sur le tabac

#### 1. Moins de jeunes commenceront à fumer

**Un prix élevé du tabac est la meilleure mesure visant à décourager le tabagisme des jeunes** d'autant que ceux-ci y sont très sensibles du fait qu'ils disposent de peu de revenus. A New York, où les prix du tabac sont très élevés, le pourcentage de jeunes fumeurs a diminué de 20 à 12% pendant la période 2003 - 2011.

#### 2. C'est une très bonne mesure de santé publique

**Une augmentation sensible des accises sur le tabac est la mesure la plus efficace pour réduire la consommation de tabac.** Cette proposition est d'ailleurs soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque Mondiale. Une augmentation de 10% diminue la consommation de tabac d'environ 4% dans des pays développés comme la Belgique.

#### 3. L'augmentation des taxes peut contribuer à aider les fumeurs les plus vulnérables à arrêter de fumer

L'usage du tabac est fréquemment inversement proportionnel aux revenus comme le fait de grandir et de vivre dans un environnement fumeur. Pour le tabac à rouler, ce facteur joue encore plus. Nous devons donc aussi soutenir ces fumeurs après une augmentation des prix. C'est pourquoi, nous demandons aux autorités qu'un **accompagnement professionnel à l'arrêt du tabagisme et qu'un soutien pharmacologique soient accessibles gratuitement pour les fumeurs des groupes les plus vulnérables** et notamment pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) des soins de santé.

#### 4. L'augmentation des taxes bénéficie du soutien de la population

L'augmentation des accises sur les produits du tabac constitue une des rares hausses d'impôts pouvant compter sur le soutien de la population. En effet, d'après une enquête menée en 2013<sup>1</sup>, 57% des belges sont partisans d'une hausse de prix de 50 cents.

Dès lors, que doit-on changer dans le système de taxation actuel ?

#### 1. Le système de taxation actuel

#### **Les producteurs de cigarettes peuvent vendre leurs produits moins chers en Belgique.**

En effet, dans notre pays, la part des accises spécifiques (montant fixe par produit du tabac) est très faible au profit des accises minimales ad valorem (un pourcentage du prix de vente). De par cette faible part des accises spécifiques, les marques « bon marché » permettent au fumeur de passer à chaque augmentation à une marque encore moins chère.

**Par ailleurs, les taxes sur le tabac à rouler sont beaucoup plus faibles que sur les cigarettes ordinaires.** Cela signifie que le tabac à rouler est beaucoup moins cher que les cigarettes manufacturées. Dans notre pays, le tabac à rouler est 50% moins cher qu'aux Pays-Bas, plus de 100% moins cher qu'en France et plus de 200% moins cher qu'en Grande Bretagne.

# Newsletter

## Tabacologie pratique

Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Journée mondiale (suite)

En Belgique, le chiffre d'affaires des ventes du tabac à rouler a atteint un niveau record, en 2013, avec 10.111 tonnes soit 22,4% de plus qu'en 2012 (8262 tonnes) et 34,8% de plus qu'en 2011 (7500 tonnes). Il s'agit du chiffre le plus élevé jamais enregistré dans notre pays.

L'impact d'une éventuelle hausse des taxes du tabac sur la santé publique ne réduit qu'en partie l'accès à des alternatives « bon marché ». Suite à la faible imposition du tabac à rouler, lequel est moins cher qu'une cigarette manufacturée, un fumeur s'orientera plus volontiers vers du tabac à rouler plutôt que d'envisager arrêter de fumer.

### 2. Comment cela devrait être ?

**La proportion des droits d'accises devrait être augmentée au profit des droits d'accises ad valorem, ce qui réduit significativement la différence de prix entre les différentes marques de cigarettes.** Les différentes accises spécifiques entre le tabac à rouler et les cigarettes devraient, elles aussi, être réduites.

Plus d'informations sont disponibles dans le dossier questions/réponses ci-après.



### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Questions / Réponses

### 1. Quel est le thème fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) pour La Journée Mondiale sans Tabac 2014 ?

Ce 31 mai, le thème de la Journée Mondiale Sans Tabac porte sur la taxation des produits du tabac. Pour plus d'informations, il vous est loisible de consulter le site Web de l'Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/event/en/>

### 2. La vente des produits du tabac augmente-t-elle ou diminue-t-elle dans notre pays ?

La vente de cigarettes dans notre pays est sujette à des fluctuations dues aux achats transfrontaliers et à la politique d'achat des timbres fiscaux par les fabricants de tabac. Au cours de la période 2008-2013 les ventes de cigarettes ont fluctué entre 10 et 12 milliards d'unités : 11,9 milliards en 2008, 11,6 milliards en 2009, 12,5 milliards en 2010, 9,9 milliards en 2011 et 11,2 milliards en 2012 et en 2013. Durant la même période, les ventes de tabac à rouler ont fortement augmenté passant de 6447 tonnes en 2008 à 10110 tonnes en 2013 (+57 %), ce qui en fait le record de ventes en Belgique. (7548 tonnes en 2009, 8579 tonnes en 2010, 7.500 tonnes en 2011 et 8262 tonnes en 2012)<sup>1</sup>.

### 3. Combien de morts causent 11 milliards de cigarettes et 10 000 tonnes de tabac à rouler ?

Les dommages de santé causés par le tabagisme sont énormes. On estime qu'un milliard de cigarettes est responsable à terme de 1000 décès<sup>2</sup>. Mille tonnes de tabac à rouler revient à 1,5 milliards de cigarettes. En 2013 en Belgique, si nous nous référons aux chiffres de vente du tabac à rouler et des cigarettes manufacturées, nous arrivons à l'équation suivante : 10 000 tonnes de tabac à rouler (soit l'équivalent de 15 milliards de cigarettes) et 11 milliards de cigarettes ordinaires soit 26 milliards de cigarettes provoqueront à long terme 26 000 décès (dont une partie à l'étranger en raison des achats transfrontaliers).

### 4. Y-a-t-il une étude montrant que l'augmentation du prix des produits du tabac a une influence sur leur vente ?

Selon la Banque Mondiale l'augmentation des prix sur les produits du tabac est la mesure la plus efficace pour diminuer la consommation de tabac<sup>3</sup>. D'après la littérature de ces 50 dernières années une augmentation du prix de 10 % (hors inflation) conduit à une diminution des ventes de 4 %. Ceci est d'une part lié au fait que les fumeurs achètent moins de cigarettes et d'autre part que certains décident d'arrêter de fumer<sup>4</sup>.

1. Ministère des Finances, Service des Accises.

2. Proctor, R, The history of the discovery of the cigarette – lung cancer link: evidentiary traditions, corporate denial, global toll, Tobacco Control 2012;21:87e91.

3. World Bank. Tobacco control at a glance. Washington DC, 2003. [www.worldbank.org/tobacco](http://www.worldbank.org/tobacco)

4. IARC, Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control, IARC Handbooks of Cancer Prevention, Lyon, 2011.

# Newsletter

## Tabacologie pratique



Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Questions / Réponses (suite)

### 5. Pourquoi le prix des produits du tabac doit-il augmenter plus que cela n'a été le cas ces dernières années ?

Dans le passé, la plupart des augmentations de prix en Belgique ont consisté en de petites augmentations (allant de 10 à 20 cent par paquet) qui sont à peine plus élevées que l'inflation et qui n'ont donc pas d'incidence sur les ventes. Seules de fortes hausses de prix peuvent entraîner une baisse des ventes.

### 6. Pourquoi demander plus d'impôts sur le tabac à rouler ?

Suite à un taux d'imposition favorable, une cigarette roulée est quatre fois moins chère qu'une cigarette ordinaire. Le gouvernement augmente les risques sur la santé, liés au tabagisme, suite aux faibles taxes sur le tabac à rouler. Du fait que le tabac à rouler est moins taxé et moins cher que les cigarettes ordinaires, un fumeur envisagera plus volontiers de passer au tabac à rouler plutôt que décider d'arrêter de fumer. L'impact d'une augmentation des taxes sur la santé publique est donc en partie lié à l'accessibilité de tabac à rouler à moindre prix. Les prix pratiqués en Belgique sont également beaucoup moins cher que dans les pays voisins (à l'exception du Luxembourg, voir question 13). En 2014, un paquet de 50 grammes de tabac à rouler de même marque revient à 5,60 € en Belgique contre 8 € aux Pays-Bas et 12,30 € en France (soit plus du double qu'en Belgique).

### 7. L'augmentation des prix touche-t-elle surtout les fumeurs les moins aisés ?

Les fumeurs les moins aisés fument plus que les fumeurs les plus riches, parce que les campagnes anti-tabac ont moins d'impact sur eux. Selon une enquête menée en 2013, par GFK à la demande de la Fondation du cancer<sup>5</sup>, on recense 31 % de fumeurs réguliers issus des classes 7 et 8, contre 14 % de fumeurs issus des classes 1 et 2 (classification basée sur les diplômes et les revenus). Cependant, l'augmentation des prix du tabac est une des rares mesures conduisant les fumeurs les moins fortunés à envisager d'arrêter de fumer<sup>6</sup>.

### 8. Le tabac à rouler est-il moins dangereux que les cigarettes ordinaires ?

Certains fumeurs pensent que le tabac à rouler est plus sain, parce qu'il semble « naturel » et qu'il y en a moins que dans une cigarette manufacturée. En réalité, le tabac à rouler est au moins aussi nocif. Le tabac à rouler contient souvent plus d'additifs afin d'éviter qu'il ne colle ensemble<sup>7</sup>. Enfin, il y a plus d'air entre les brins de tabac. Cela favorise la combustion. Ainsi avec l'effet de forte chaleur, les toxines sont libérées avec plus de force et pénètrent plus profondément dans les voies respiratoires.

5. [http://www.kanker.be/sites/default/files/rookenquete\\_2013.pdf](http://www.kanker.be/sites/default/files/rookenquete_2013.pdf)

6. IARC, Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control, IARC Handbooks of Cancer Prevention, Lyon, 2011.

7. Edwards R, Roll your own cigarettes are less natural and at least as harmful as factory rolled tobacco, BMJ 2014;348: 7616

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Questions / Réponses (suite)

### 9. Qui fume du tabac à rouler en Belgique ?

En 2013, 35 % des fumeurs ont choisi le tabac à rouler. Ce chiffre s'était stabilisé à environ 25% au cours de ces 5 dernières années. En 2013, 850 000 personnes fumaient le tabac à rouler, contre 500 000 personnes en 2012. Le tabac à rouler est particulièrement populaire chez les fumeurs des classes les moins aisées (53 % de fumeurs de ces classes choisissent ce type de tabac, comparativement à 22 % de fumeurs issus de classes plus aisées), parmi les fumeurs Wallons (43 %, contre 32 % chez les fumeurs flamands et 28 % de fumeurs bruxellois) et parmi les personnes âgées de 65 ans (41 % contre 31% chez les fumeurs âgés de 15 à 24 ans)<sup>8</sup>.

### 10. Est-ce qu'une hausse de prix a un impact sur les jeunes ?

70% des fumeurs de l'Union européenne ont commencé à fumer avant l'âge de 18 ans<sup>9</sup>. Quand le prix du tabac augmente, moins de jeunes commencent à fumer, ils fument moins de cigarettes et plus de jeunes décident d'arrêter de fumer<sup>10</sup>.

### 11. Combien de jeunes fument en Belgique ?

En Communauté française, parmi les jeunes âgés de 15 ans, on recense 17 % de fumeurs contre 16% de fumeuses. En comparaison, en Flandre au même âge, on dénombre 16% de fumeurs contre 15% de fumeuses en 2010. Aux Etats Unis, seuls 7 % des garçons du même âge fument de manière hebdomadaire contre 9 % de filles<sup>11</sup>. En Flandre, dans l'enseignement secondaire professionnel, le nombre de jeunes fumeurs est 7 fois plus élevé que dans l'enseignement secondaire général<sup>12</sup>.

### 12. Une hausse des prix va-t-elle entraîner plus de contrebande ?

La contrebande et le commerce illégal de cigarettes existent dans de nombreux pays : une cigarette sur 9 vendues annuellement dans le monde est issue du commerce illégal. Contrairement à ce que l'on prétend, il n'y a pas de relation de cause à effet entre une augmentation des taxes et l'ampleur de la contrebande. En Europe, celle-ci est plus présente dans les pays où les prix sont peu élevés comme la Lituanie et la Lettonie. Les cigarettes de contrebande constituent un phénomène complexe qui est influencé par différents facteurs, comme l'efficacité du contrôle des douanes et des services de police, le niveau de la corruption du pays, la présence d'organisations criminelles et le rôle de l'industrie du tabac. En Belgique, en 2013, moins de 1% des fumeurs déclarent avoir acheté leurs cigarettes au marché noir<sup>14</sup>.

8. Stichting tegen kanker, Persbericht: goedkope roltabak is sterk in opmars, 26 juni 2013, Brussel. [http://www.kanker.be/sites/default/files/rookenquete\\_2013.pdf](http://www.kanker.be/sites/default/files/rookenquete_2013.pdf)

9. European Commission, Tobacco in the EU. Why we care. 2012, Brussels.

10. US Department of Health and Human Services, The health consequences of smoking – 50 years of progress, A report of the Surgeon General, January 2014.

11. World Health Organization, Health behaviour in school-aged children study. International report from the 2009/2010 Survey, Copenhagen, 2012. Health organization HHH

12. [http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/HBSC\\_roken\\_2010.pdf](http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/HBSC_roken_2010.pdf)

13. Joossens L, Lugo A, Vecchia CL, Gilmore AB, Clancy L, Gallus S. Illicit cigarettes and hand-rolled tobacco in 18 European countries: a cross-sectional survey. Tob Control. 2012 Dec 10

14. Stichting tegen kanker, Persbericht: goedkope roltabak is sterk in opmars, 26 juni 2013, Brussel.

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Questions / Réponses (suite)

### 13. Une augmentation des prix conduira-t-elle à plus d'achats au Luxembourg ?

Le Luxembourg est le seul pays voisin qui applique des prix et des taxes peu élevées par rapport à la Belgique. Les achats transfrontaliers au Luxembourg n'entraînent pas moins de recettes fiscales pour la Belgique car le Luxembourg en restitue une grande de partie suite à un accord conclu dans le cadre de l'union économique belgo-luxembourgeoise (BLEU). Du fait des prix « à bon marché » des cigarettes et du tabac à rouler en Belgique et au Luxembourg, ils exportent ensemble des produits provoquant le cancer à l'étranger et sont, à ce titre, montrés du doigt dans plusieurs pays voisins.

### 14. Le Gouvernement va-t-il perdre de l'argent si on fume moins ?

Le Gouvernement bénéficie des accises sur les produits du tabac mais contribue également aux dépenses liées aux effets santé de cette consommation. Pour toute l'Union européenne, on évalue à 25 milliards d'euros les dépenses pour les frais de santé des suites du tabagisme et à 8,3 milliards d'euros les pertes liées, de ce fait, à l'absentéisme des travailleurs et à une mise prématurée à la pension<sup>15</sup>.

### 15. Pourquoi des accises spécifiques sont-elles plus visées ?

Les accises spécifiques sont des montants conséquents par produit du tabac, qui rendent plus cher, de manière identique, tous les produits du tabac et diminuent la différence de prix entre toutes les marques. Les accises « ad valorem » et la TVA sont un pourcentage du prix de vente, qui laisse moins de liberté au fabricant pour vendre à bas prix. La part des accises spécifiques est très basse en Belgique. En Europe, seules l'Espagne, l'Italie et la France ont une faible part d'accises spécifiques. Suite à la faible part des accises spécifiques dans notre pays, les producteurs de tabac peuvent vendre leurs cigarettes « à bon marché ». Avec une part élevée des accises spécifiques, un même montant est ajouté à chaque paquet de cigarettes en plus du prix du fabricant et diminue la différence de prix entre les marques. Cela évite que les fumeurs s'orientent vers une marque « à bon marché » au lieu de réduire leur consommation où même d'arrêter de fumer.

### 16. Que dit la littérature sur les effets de l'augmentation des prix sur le tabagisme ?

Selon l'Agence Internationale de Recherches contre le Cancer, IARC, la littérature comporte suffisamment de preuves pour étayer les points 12 à 18 repris en annexe<sup>16</sup>.

15. Stichting tegen kanker, Persbericht: goedkope roltabak is sterk in opmars, 26 juni 2013, Brussel.15. European Commission, Tobacco in the EU. Why we care. 2012, Brussels.

16. IARC, Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control, IARC Handbooks of Cancer Prevention, Lyon, 2011

# Newsletter

## Tabacologie pratique



Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude ..... 3  
Echos de TabacStop 17  
Coalition Nationale 20  
Questions/réponses 23  
Plan Wallon ..... 28  
Sevrage pour tous .. 30  
Agenda ..... 32

## Questions / Réponses (suite)

	Concluding Statements	Sufficient Evidence	Strong Evidence	Limited Evidence	Evidence of No Effect	Inadequate / No Evidence
1	Increases in tobacco excise taxes that increase prices result in a decline in overall tobacco use.	X				
2	Increases in tobacco excise taxes that increase prices reduce the prevalence of adult tobacco use.	X				
3	Increases in tobacco excise taxes that increase prices induce current tobacco users to quit.	X				
4	Increases in tobacco excise taxes that increase prices lower the consumption of tobacco products among continuing users.	X				
5	Increases in tobacco excise taxes that increase prices reduce the prevalence of tobacco use among young people.	X				
6	Increases in tobacco excise taxes that increase prices reduce the initiation and uptake of tobacco use among young people, with a greater impact on the transition to regular use.	X				
7	Tobacco use among young people responds more to changes in tobacco product taxes and prices than does tobacco use among adults.	X				
8	The demand for tobacco products in lower-income countries is more responsive to price than is the demand for tobacco products in higher-income countries.			X		
9	In high-income countries, tobacco use among lower-income populations is more responsive to tax and price increases than is tobacco use among higher-income populations.		X			
10	In low- and middle-income countries, tobacco use among lower-income populations is more responsive to tax and price increases than is tobacco use among higher-income populations.			X		
11	Changes in the relative prices of tobacco products lead to some substitution to the products for which the relative prices have fallen.		X			
12	Tobacco tax increases increase tobacco tax revenues.	X				
13	Tobacco tax increases that increase prices improve population health.	X				
14	Tobacco tax increases do not increase unemployment.		X			
15	Tax avoidance and tax evasion reduce, but do not eliminate, the public health and revenue impact of tobacco tax increases.	X				
16	A coordinated set of interventions that includes international collaborations, strengthened tax administration, increased enforcement, and swift, severe penalties reduces illicit trade in tobacco products.		X			
17	Higher and more uniform specific tobacco excise taxes result in higher tobacco product prices and increase the effectiveness of taxation policies in reducing tobacco use.	X				
18	Tobacco industry price discounting strategies, price-reducing marketing activities, and lobbying efforts mitigate the impact of tobacco excise tax increases.	X				

Une initiative de la Coalition Nationale contre le tabac



### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Plan Wallon sans tabac

### Le Plan Wallon sans tabac fête ses 10 ans d'existence

A l'aube de ce 31 mai 2014 « Journée Mondiale Sans Tabac », le « Plan Wallon Sans Tabac » fête 10 ans d'existence. C'est l'heure d'un bilan et le contraste est important.

Soutenu par Eliane Tillieux, Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des chances et initié par la région wallonne avec l'appui d'opérateurs de terrain<sup>1</sup>, le Plan Wallon Sans Tabac constitue un dispositif pertinent visant à améliorer l'accessibilité et la proximité de l'aide en matière de gestion du tabagisme. Il couvre divers lieux de vie avec un souci constant d'égalité des chances. A cet effet, une multitude de professionnels de la santé, de l'éducation, du social, du secteur assuétudes et de la santé mentale ont été mobilisés. Ceci illustre la nécessaire complémentarité entre professionnels et un travail en partenariat à mettre en perspective avec la 6ème réforme de l'état et l'accord de coopération qui en résulte. Le Plan Wallon favorise des espaces de dialogue autour de la problématique tabac. Un chemin énorme a été accompli et la sensibilisation est une démarche préalable. La demande a émergé au travers d'objectifs affinés en plus d'enjeux de questionnement et de mise en projet. Enfin, le Plan Wallon prend en compte l'évolution sociétale (débanaliser, dénormaliser, reconnaître le sens de la consommation).

Cette année, le thème fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé porte sur la taxation des produits du tabac. En 2013, la Belgique compte 27 % de fumeurs (25 % en Flandre, 24 % en Wallonie et 31 % à Bruxelles), parmi lesquels 22 % fument quotidiennement (en moyenne 16 cig/jour). En 2012, ils étaient 22 % de fumeurs. L'augmentation de ce pourcentage peut s'expliquer en partie par le succès du tabac à rouler bon marché<sup>2</sup>. Il est vrai qu'en Belgique, le chiffre d'affaires du tabac à rouler a atteint un niveau record des ventes en 2013. En outre, une cigarette roulée revient jusqu'à quatre fois moins cher qu'une cigarette ordinaire. Ceci a eu pour effet qu'au cours de ces dernières années, les fumeurs, y inclus les jeunes fumeurs, sont le plus souvent passés au tabac à rouler. En 2013, on recensait 850.000 fumeurs de tabac à rouler contre 500.000 en 2012. Celui-ci séduit particulièrement les fumeurs des classes les moins favorisées<sup>3</sup>. Ils fument plus, commencent plus tôt, sont fortement dépendants et éprouvent plus de difficultés à arrêter de fumer<sup>4</sup>. Pourtant, même s'il est bien moins réglementé que les cigarettes manufacturées, le tabac à rouler est aussi dangereux pour la santé.



1 Le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège (DUMG), la Fédération des Maisons Médicales (FMM), le Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme (SEPT), la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), la FEDITO wallonne, Alfa, le Fonds des Affections Respiratoires (FARES), l'Association des Unions de Pharmaciens (AUP), l'Observatoire de la santé du Hainaut (OSH), la Société de Médecine Dentaire (SMD) et « Tabacstop » géré par la Fondation contre le Cancer

2 Enquête « Les belges et le tabagisme », FCC, 2013

3 Enquête « Les belges et le tabagisme », FCC, 2013

4 Enquête de santé par interview, Institut Scientifique de Santé Publique, Belgique 2008

# Newsletter

## Tabacologie pratique

Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Plan wallon sans tabac (suite)

Ces fumeurs sur la voie de l'arrêt revêtent aujourd'hui l'habit de l'enseignant, du philosophe ou de l'expert. Ils expriment l'ambivalence, le fragile espoir et parfois le désarroi. Être à l'écoute permet d'explorer les besoins, les émotions, les ressources qui guident les choix de chacun. Les personnes dites «plus vulnérables» sont demandeuses d'une aide, l'augmentation des appels à Tabacstop en témoigne.

Dès 2006, des groupes de paroles ont été initiés en Wallonie. Depuis, ils ont été étendus à la région bruxelloise. Si parler du sevrage est prématuré voire anxiogène ou vécu par les participants comme intrusif, il revient néanmoins aux professionnels d'inscrire leurs démarches dans la mise en projet. Les notes issues de séances ont alimenté la brochure «Paroles de fumeurs». Avec leurs mots, s'élèvent et nous touchent la voix de patients fumeurs en consultation, la confiance au groupe et parfois des témoignages aigus.

Les professionnels de la santé qui interviennent en matière de consommation de tabac permettent aux usagers, via une approche globale et non stigmatisante, de mettre en évidence ce qui fait sens pour eux dans leur consommation. Il s'agit de mettre en lumière pour chacun, la ou les fonctions remplies par le fait de fumer telles se déstresser, combler des manques affectifs, matériels, existentiels, apporter une source de plaisir, dissiper l'ennui, etc. Dès lors, il conviendra pour ces professionnels de réfléchir avec les consommateurs aux alternatives leur permettant de trouver dans «autre chose» ce qu'ils trouvent dans le tabac. Un «autre chose» d'aussi précieux que le tabac dont ils ont du mal à pouvoir simplement envisager leur vie sans.

C'est ici que tous les professionnels non spécialisés en matière de tabacologie et/ou de santé, voire tous les citoyens qui croisent chaque jour ces fumeurs, peuvent apporter leur concours irremplaçable en matière d'accessibilité simple, réelle et concrète pour tous, en ce compris les personnes en plus ou moins grande précarité, à ces alternatives au tabac, évoquées ou non dans le cadre d'un groupe d'échanges ou d'une consultation. Il s'agit d'offrir des lieux de relaxation, d'amélioration des conditions matérielles de vie, de travail et/ou de restauration de l'image et de l'estime de soi, d'établissement de relations sociales et affectives rassurantes et aidantes, d'occupation et de distraction, d'exercices physiques adaptés, etc. Autant d'acteurs de la santé qui aideront les consommateurs de tabac à passer de la parole et du désir aux actes.



# Newsletter

## Tabacologie pratique

Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda .....	32

## Campagne Sevrage pour tous

### « No smoke, great smile ! »

A l'occasion de la Journée mondiale sans tabac de ce samedi 31 mai, l'équipe du Service Prévention Tabac du FARES asbl saisit l'opportunité de rappeler les différentes actions qu'elle mène. Depuis 2009, avec la campagne « Arrêter de fumer c'est possible pour tous ! », elle contribue à la mobilisation de professionnels de santé pour renforcer la sensibilisation du grand public et améliorer la prise en charge tabagique des fumeurs désireux d'être aidés. Cette année est l'occasion de rassembler des dentistes, des cardiologues, des diététiciens et des nutritionnistes.



En effet, tout le monde sait que le tabagisme affecte de nombreux domaines de santé, cependant on est loin d'imaginer qu'il affecte aussi la sexualité, et ce n'est pas tout ! Fumer influence également la santé bucco-dentaire et cardiovasculaire, la gestion de l'humeur et celle du poids. Dès lors, la campagne s'est axée sur les fausses croyances liées aux effets du tabac. Dans ce contexte, les professionnels de l'art dentaire, du domaine cardiologique et de la nutrition sont sollicités au travers l'élaboration de différents outils.



A l'approche de l'été, les dentistes de la Société de Médecine Dentaire participent à la diffusion d'un kit de brosse à dents de voyage illustrant le slogan « **No smoke, great smile !** » en complément d'un dépliant d'informations. Cette diffusion connaît déjà un grand succès. Sur le même ton, afin de toucher les jeunes adultes, une distribution massive de lunettes de soleil s'organise au travers d'évènements festifs (Belgian Pride, City Parade, et Fêtes de Wallonie). Ceci fait suite à une première action menée lors de la Saint-Valentin au travers de la distribution de boîtes de pastilles de menthe en forme de cœur combinées à un quiz informant des effets du tabac sur la sexualité. En complément de ces

outils « clin d'œil », des pages d'informations sur chaque thème abordé dans cette campagne 2014 sont disponibles sur le blog [www.aideauxfumeurs.be](http://www.aideauxfumeurs.be) et sur la page Facebook du FARES asbl.

Avec la collaboration de cardiologues, une brochure est en cours de rédaction afin de souligner les bénéfices de l'arrêt face aux risques cardio-vasculaires. De même, des diététiciens et des nutritionnistes participent à l'élaboration d'un guide pour épauler le fumeur dans la gestion de son poids lors d'une démarche d'arrêt.

# Newsletter

## Tabacologie pratique

Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Sevrage pour tous (suite)

Par ailleurs, le travail entamé avec les relais sociaux se poursuit. En effet, un des objectifs de la campagne est également de soutenir, d'informer et d'encourager la prise en charge de fumeurs qui rencontrent des difficultés socio-économiques. Ceux-ci sont demandeurs d'une aide, l'augmentation des appels à Tabacstop en témoigne. Une brochure « Paroles de fumeurs » a été rédigée à leur intention. Cette dernière permet à tous les professionnels non spécialisés en matière de tabacologie et/ou de santé, voire tous les citoyens qui croisent chaque jour des fumeurs, d'apporter leur soutien en matière d'accessibilité simple, réelle et concrète pour tous. La brochure éclaire de nombreux témoignages de fumeurs récoltés lors de groupes de paroles initiés depuis près de 3 ans en partenariat avec le SEPT asbl.

Enfin, à l'occasion de ce 31 mai, des Centres d'Aide aux Fumeurs (CAF), ainsi que certains services hospitaliers, invitent les personnes désireuses de discuter de leur consommation ou d'effectuer un test de mesure de monoxyde de carbone (CO) à les rejoindre lors d'une journée portes ouvertes. Pour plus d'informations, consultez la liste des hôpitaux et CAF mobilisés à cet effet via le site [www.fares.be](http://www.fares.be).

Ces actions sont menées avec le soutien de l'INAMI, du SPF Santé Publique et de la Région Wallonne.

**Marie Mathieu**

Chargée de projet  
Service Prévention Tabac, FARES asbl

**Marika Simmons**

Psychologue et chargée de projet  
Service Prévention Tabac, FARES asbl



# Newsletter

## Tabacologie pratique

Newsletter initiée  
en partenariat avec la Fondation contre le Cancer

Année 8 , n°1

Mai 2014

### Rubriques

Etude .....	3
Echos de TabacStop	17
Coalition Nationale	20
Questions/réponses	23
Plan Wallon .....	28
Sevrage pour tous ..	30
Agenda.....	32

## Agenda

### Journée d'étude 17 et 18 octobre 2014

Réservez déjà les dates : une rencontre de tabacologie est prévue les 17 et 18 octobre prochain.

Cette année, la rencontre sera organisée dans la cadre des 10 ans du « Plan Wallon Sans Tabac » et du soutien du « Fonds fédéral de lutte contre les Addictions » aux diverses campagnes initiées par le FARES. Au programme : divers échanges autour de la e-cigarette et sur l'impact des mobilisations de professionnels de la santé et du social dans le cadre des campagnes menées. Ceci s'articulera sous la forme de courtes interventions suivies d'échanges avec la salle. Ensuite, divers ateliers « tournants » seront programmés sur les causes de rechutes (prise de poids, stress, pathologies psychiatriques, co-addictions,..), des situations cliniques et la présentation d'un programme d'e-learning. Une formation « Tabac et gestion du poids » y est également prévue.

A vos agendas !

